GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Diagnóstico y tratamiento del

INSOMNIO CRÓNICO

en Adultos en los Tres Niveles de Atención Médica

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: SS-599-13

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Vivir Mejor

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones, y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento del insomnio crónico en adultos en los tres niveles de atención médica**. México: Secretaría de Salud; **2012**.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: F51.0 Insomnio no orgánico

GPC: Diagnóstico y tratamiento del insomnio crónico en adultos en los tres niveles de atención médica

Coordinadores, Autores y Validadores

Coordinadores:				
Dr. Armando Castorena Maldonado	Otorrinolaringología Especialista en trastornos del dormir	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Jefe de la Clínica de Trastornos del Dormir	Presidente de la Academia Mexicana de Medicina del Dormir (AMMD)/Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, AC
Dr. Luis Agüero y Reyes	Medicina interna	CENETEC/SSA	Asesor GPC de Med Int	
Autores:				
Dra. Margarita Reyes Zúñiga	Psiquiatría Especialista en trastornos del dormir	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Clínica de Trastornos del Dormir	AMMD/Asociación Psiquiátrica Mexicana, AC
Dr. Armando Castorena Maldonado	Otorrinolaringología Especialista en trastornos del dormir	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Jefe de la Clínica de Trastornos del Dormir	Presidente de la Academia Mexicana de Medicina del Dormir (AMMD) Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, AC
Dr. Alejandro Jiménez Genchi	Psiquiatría Especialista en trastornos del sueño	Instituto Nacional de Psiquiatría	Jefe de la Clínica de Trastornos del Dormir	AMMD/Asociación Psiquiátrica Mexicana, AC
M.P. Montserrat Reséndiz García	Maestra en psicobiología	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición	Clínica de Trastornos del Dormir, Departamento de Neurología y Psiquiatría	AMMD/Sociedad Mexicana de Ritmos Biológicos
M.P. Victoria Santiago Ayala	Maestra en psicobiología	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición	Clínica de Trastornos del Dormir, Departamento de Neurología y Psiquiatría	AMMD/Sociedad Mexicana de Ritmos Biológicos
M.P. Gabriela Esther Espinosa Mendoza	Maestra en psicología de la salud	Instituto Nacional de Rehabilitación	Departamento de Psicología	AMMD
Dr. Sergio Aguilar Castillo	Neurología Neurofisiología	IMSS Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades	Jefe del Departamento de Neurofisiología Clínica	AMMD/Sociedad Mexicana de Neurofisiología Clínica
Dr. Andrés Barrera Medina	Psiquiatría Especialista en trastornos del sueño	Instituto Nacional de Psiquiatría	Clínica de Trastornos del Dormir	AMMD
Dra. Guadalupe Domínguez Sandoval	Doctora en psicología	UNAM Facultad de Medicina	Clínica de Trastornos del Sueño	AMMD/Sociedad Mexicana para la Investigación y Medicina del Dormir

Validación interna:				
Dra. Vanessa Alatriste Booth	Neurología Clínica	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	Jefa de la Clínica del Sueño	Academia Mexicana de Neurología. Academia Mexicana de Medicina del Dormir
Dra. Marisela Durán Gutiérrez	Psiquiatría Master en sueño	Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde	Psiquiatra adscrita a la Clínica del Sueño	Academia Psiquiátrica Mexicana. Academia Mexicana de Medicina del Dormir

Índice

1. Clasificación 6

2. Preguntas a Responder 7

3. Aspectos Generales 8

3.1 Justificación 8
3.2 Objetivo 9
3.3 Definición 10

4. Evidencias y Recomendaciones 11

4.1 Consecuencias a la Salud 12
4.2 Diagnóstico 15
4.2.1 Actigrafía y Polisomnografía 15
4.3 Tratamiento 17
4.3.1 Farmacológico 17
4.3.2 Tratamiento Conductual y Psicológico 20
4.4 Referencia y Contrareferencia 24

5. Anexos 25

5.1 Protocolo de Búsqueda 25
5.2 Escalas de Gradación 32
5.3 Escalas de Clasificación Clínica 34
5.4 Recomendaciones para la Implementación de Herramientas en el Insomnio Crónico 44
5.5 Diagramas de Flujo 49
5.6 Listado de Recursos 52
5.7 Tabla de Medicamentos 53

6. Glosario 54

7. Bibliografía 58

8. Agradecimientos 60

9. Comité Académico 61

10. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador 62

11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica 63

1. Clasificación

Catálogo Maestro: SS-599-13	
Profesionales de la salud	Médico psiquiatra, Médico neurólogo, Especialista en trastornos del dormir, Maestro en psicología
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: F-51.0 Insomnio no orgánico
Categoría de GPC	Primero, segundo y tercer niveles de atención médica
Usuarios potenciales	Médicos generales, médicos familiares, médicos especialistas, psicólogos, personal de enfermería
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal, Secretaría de Salud, Institutos Nacionales de Salud Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Instituto Nacional de Rehabilitación Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, y Academia Mexicana de Medicina del Dormir, AC
Población blanco	Mujeres y hombres, mayores de 18 años de edad
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Gobierno Federal, Secretaría de Salud, Institutos Nacionales de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social Universidad Nacional Autónoma de México
Intervenciones y actividades consideradas	CIE-9-MC Entrevista médica 89.05 Psicoterapia conductual y relación 94.33 otras psicoterapias individuales 94.39 Otras pruebas y evaluación psicológica 94.08 Otra entrevista y evaluación psiquiátrica 94.19 Polisomnograma 89.17 Otra terapia psiquiátrica con fármacos 94.25
Impacto esperado en salud	Detección temprana, tratamiento oportuno, mejora de la calidad de vida, evitar daños a la salud Disminución de los costos directos e indirectos socioeconómicos derivados de la enfermedad Referencia oportuna a otro nivel de atención médica
Metodología[1]	**Elaboración** de la Guía de Práctica Clínica: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con el mayor nivel de acuerdo a la escala utilizada, selección o elaboración de las recomendaciones con el mayor grado de acuerdo a la escala utilizada
Método de adecuación	**Enfoque de la guía**: responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación **Elaboración de preguntas clínicas** **Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia** **Protocolo sistematizado de búsqueda** **Revisión sistemática de la literatura** **Búsquedas mediante bases de datos electrónicas** **Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores** **Búsqueda en sitios Web especializados** **Búsqueda manual de la literatura** **Número de fuentes documentales revisadas**: 9 **Guías de Práctica Clínica**: 2 del período 2007-2012 **Revisiones sistemáticas**: 5 **Metaanálisis**: 1 **Ensayos controlados aleatorizados**: 1 **Reportes de casos**: **Otras fuentes seleccionadas**: 10
Validaciones	**Método de validación: por pares clínicos** **Validación del protocolo de búsqueda**: CENETEC **Validación interna**: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y Hospital Civil de Guadalajara **Validación externa**:
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro	Catálogo Maestro: SS-599-13
Actualización	Fecha de publicación: 21 de marzo 2013. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

[1] Para mayor información acerca de los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC a través del portal: www.cenetec.salud.gob.mx

2. Preguntas a Responder

1. ¿Cuál es la definición de insomnio crónico en adultos?
2. ¿Cuál es la prevalencia del insomnio crónico a nivel internacional y nacional en el adulto?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo más comunes en el insomnio crónico en el adulto?
4. ¿Cuál es el impacto biopsicosocial del insomnio crónico en el paciente adulto (social, laboral, familiar o académico, en la calidad de vida, aparición de otro tipo de enfermedades–depresión ansiedad)?
5. ¿Cuál es la utilidad de la entrevista clínica, cuestionarios de sueño y diarios de sueño para el diagnóstico del insomnio crónico en el adulto?
6. ¿Cómo se realiza el diagnóstico diferencial para el insomnio crónico?
7. ¿Cuál es la utilidad de la actigrafía y la polisomnografía en el diagnóstico del insomnio crónico en el adulto?
8. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de los tratamiento farmacológicos en el manejo del insomnio crónico en el adulto?
9. ¿Cuál es la eficacia del tratamiento psicológico y conductual en el manejo del insomnio crónico en el adulto?
10. ¿Cuáles son los criterios de referencia al siguiente nivel de atención?

3. Aspectos Generales

3.1 Justificación

El insomnio crónico es una de las causas de atención médica general más común en la edad adulta; en el primer nivel de atención médica se estima entre 20% a 30%. El insomnio crónico es uno de los trastornos del dormir más común en población adulta, con una prevalencia estimada de entre 10% a 15%.

En la Ciudad de México, un estudio poblacional mostró que 35% (25.7% hombres y 41.8% mujeres) de los adultos de 40 años de edad o más tuvo dificultades para dormir al menos dos noches a la semana en los 6 meses previos al estudio (Bosucoulet, 2008). Los estudios epidemiológicos han encontrado que cerca de 10% de los individuos con queja de insomnio de larga evolución tiene un impacto adverso claramente atribuible al mal dormir. Hay evidencia que demuestra que el insomnio tiene consecuencias sobre la salud y el funcionamiento general: disminuye la calidad de vida; aumenta la utilización de los servicios de salud; incrementa los costos por cuidados de salud; genera discapacidad; aumenta el riesgo de trastornos psiquiátricos, como depresión o ansiedad, alteraciones afectivas, irritabilidad (Léger, 2012), y de enfermedades cardiovasculares; también se ha asociado a problemas gastrointestinales, pulmonares, problemas de atención, concentración y memoria y es causa de malestar general y fatiga. Asimismo, se ha observado que el insomnio afecta las relaciones sociales y laborales (Kuchrcy, 2012), y se considera la causa principal de ausentismo laboral, de disminución en la calidad de vida (Kessler, 2012), y de aumento de accidentes vehiculares.

Las causas del insomnio crónico son diversas y complejas. Entre las más documentadas están los horarios reducidos para dormir, el estilo de vida, la aparición de enfermedades crónicas y el uso inadecuado de hipnóticos o sedantes. En población de nuestro país, 5.8% (3.3% hombres y 7.7% mujeres) usa sedantes para dormir, lo que en parte refleja la magnitud y la problemática que se tiene con el mal dormir (Bosucoulet, 2008).

Recientes estudios epidemiológicos han mostrado que en individuos con queja de insomnio y que duermen poco, aumenta el riesgo de mortalidad, comparado con individuos sin insomnio crónico, como lo demuestra el estudio de cohorte de Pensilvania (Vgontzas, 2010), donde se encontró un incremento de mortalidad de 21% en los hombres y 5% en las mujeres que tuvieron insomnio crónico, manifestado por dormir menos de 6 horas, y síntomas de mal dormir, en comparación con individuos sin queja de insomnio y en quienes dormían al menos 6 horas.

El impacto económico del insomnio crónico relacionado con los accidentes y errores laborales es de 23.7%, lo que representa la proporción más elevada, en comparación con otras entidades crónicas (Shahly, 2012).

Considerando el impacto del insomnio en la salud del adulto, es necesario realizar acciones específicas y sistematizadas para el diagnóstico temprano, tratamiento adecuado, y referencia oportuna, para el manejo integral del paciente con insomnio crónico.

3.2 Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y tratamiento del insomnio crónico en adultos en los tres niveles de atención médica** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel, segundo nivel y tercer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales para:

1. Diagnosticar y evaluar a los pacientes adultos con insomnio crónico

2. Realizar las acciones específicas para implementar el mejor tratamiento farmacológico y conductual

3. Proporcionar los criterios de referencia al siguiente nivel de atención médica

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 Definición

La Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 define al insomnio como una afección que se caracteriza por una cantidad o calidad insatisfactoria del sueño que persiste por un período considerable de tiempo (al menos 4 semanas). Comprende dificultades para la conciliación del sueño, dificultades para mantenerse dormido y despertar precoz en la fase final del sueño. Es un síntoma habitual de muchas afecciones mentales y físicas, y debe ser clasificado aquí, además del trastorno de base, sólo si es lo que predomina en el cuadro clínico.

A. El individuo se queja de dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantenerse dormido o sueño no reparador.
B. La alteración del sueño se produce al menos tres veces por semana, durante al menos 1 mes.
C. La alteración del sueño produce un malestar personal marcado o una interferencia en el funcionamiento personal de la vida diaria.
D. Ausencia de un factor orgánico causal conocido, como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido al consumo de sustancias o medicación (Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento 10. 2000).

DSV-IV TR: Dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador durante al menos un mes (Criterio A), que provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B). Esta alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño (Criterio C) u otro trastorno mental (Criterio D) y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica (Criterio E). (DSM-IV-TR, 2002).

4. Evidencias y Recomendaciones

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

El nivel de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Los sistemas de gradación utilizados en la presente guía son los de la *American Academy of Sleep Medicine* (AASM) y del *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN).

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:

Evidencia	E
Recomendación	R
Punto de Buena Práctica	✓

4.1 Consecuencias a la Salud

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El insomnio crónico es un problema de salud pública que requiere exactitud en el diagnóstico y eficiencia en el tratamiento. La calidad de vida del paciente con insomnio puede verse afectada por la irritabilidad y la fatiga asociadas con el insomnio, que puede causar dificultades interpersonales o limitar tales actividades. A la inversa, las dificultades interpersonales pueden contribuir a problemas de insomnio. Los problemas con el sueño y la vigilia pueden conducir a una restricción de actividades diurnas, incluyendo eventos sociales, ejercicio o trabajo, la falta de actividades diurnas y ejercicio en forma regular pueden contribuir a su vez al insomnio.	1-2 **AASM** *Schutte-Rodin, 2008*
	Los pacientes con insomnio crónico frecuentemente padecen enfermedades crónicas, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, fibromialgia, demencia, enfermedades prostáticas, reflujo gastroesofágico, diabetes mellitus, hipertiroidismo, cáncer y prurito, entre los más comunes. Otros trastornos del sueño, como el síndrome de apnea obstructiva del sueño y el movimiento periódico de las extremidades, también están fuertemente asociados con el insomnio.	2++ **SIGN** *Bonet, 2012*
	El insomnio crónico es un factor de riesgo para el desarrollo o agravamiento de la depresión mayor, la ansiedad y las adicciones.	1-2 **AASM** *Schutte-Rodin, 2008*

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El insomnio crónico es un predictor de abuso de sustancias, como el alcohol, y predice la recaída en el alcoholismo entre quienes han alcanzado la abstinencia. Además, es causa de deterioro en el funcionamiento social, somnolencia excesiva diurna, incremento en el número de accidentes y errores en el trabajo; también puede causar cefalea tensional y síntomas gastrointestinales.	2++ **SIGN** *Bonet, 2012*
	En individuos con somnolencia excesiva hay un incremento en la probabilidad de tener accidentes vehiculares y laborales. Los pacientes con insomnio tienen más consultas en los servicios de salud, que representan incremento en los costos de salud.	2++ **SIGN** *Bonet, 2012*
	El insomnio está asociado con fatiga diurna y alteraciones del estado de ánimo que afectan su ámbito laboral, social y de salud. Pueden quejarse de síntomas a nivel emocional, conductual y cognitivo con disminución en su vida social y laboral y con incremento del ausentismo.	**Opinión de expertos** *NIH State, 2005* *AASM, 2005*
	Diversos estudios han demostrado una asociación entre el insomnio y un peor estado de salud, y con la percepción de la propia salud como mala. El insomnio está asociado a un deterioro de leve a moderado en funciones cognitivas específicas. Los pacientes con insomnio tienen una pobre retención y recuperación de la información en la memoria de trabajo, así como en la memoria episódica y en solución de problemas, además de una leve disminución en la capacidad de procesamiento de la información y de la atención selectiva. No tienen problemas con relación a las funciones verbales, procesos perceptuales, atención sostenida y memoria de procedimientos.	1+ + **SIGN** *Fortier-Brochu, 2012*

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Es importante identificar a los individuos con insomnio crónico que se acompañen de una queja crónica de privación de sueño, debido a que son los pacientes con mayores riesgos de daños a la salud.	**Punto de buena práctica** *Autores de la GPC*

4.2 Diagnóstico

4.2.1 Actigrafía y Polisomnografía

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El diagnóstico de insomnio es principalmente clínico, a través de una historia clínica detallada, de los hábitos del dormir, historia psiquiátrica y uso de medicamentos y sustancias. La información de la persona que duerme con el paciente es importante cuando al insomnio se asocian trastornos respiratorios del dormir o movimientos periódicos de las extremidades. Una entrevista semiestructurada puede ser de ayuda.	1-2 **AASM** *Schutte-Rodin,2008*
R	Mientras que una historia clínica completa es el eje para la evaluación del diagnóstico del insomnio y guía para el tratamiento, se puede obtener información complementaria mediante el uso de diarios de sueño, cuestionarios para la calidad del sueño, calidad de vida y somnolencia. Los diarios de sueño son muy útiles para identificar los patrones de sueño del paciente y las condiciones que afectan el sueño. También son útiles para evaluar la mejoría del padecimiento. Los instrumentos ayudan en la evaluación y en el diagnóstico diferencial. No obstante, nunca deben sustituir la a entrevista clínica; son útiles para guiar la entrevista clínica y respaldar el juicio clínico. Las escalas no se deben usar como instrumentos de tamizaje (Anexo 5.3).	**Guía** **AASM** *Schutte-Rodin, 2008*
E	El examen físico y el estado mental nos dan información importante acerca de estados comórbidos y orientan hacia el diagnóstico diferencial.	1-2 **AASM** *Schutte-Rodin, 2008*

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La actigrafía es el registro del movimiento mediante un acelerómetro que se coloca en la muñeca del paciente. Su objetivo es caracterizar los patrones del sueño-vigilia del paciente. La ausencia de movimiento se traduce como reposo o sueño, y el movimiento, como vigilia. No registra actividad eléctrica cerebral, por lo tanto, es una medición objetiva pero indirecta del sueño-vigilia del paciente. El principal uso de la actigrafía es confirmar los datos de los diarios de sueño, en poblaciones específicas, como adolescentes, ancianos, pacientes con demencia, entre otros.	2-3 **AASM** *Morgenthaler T, 2007*
R	No se recomienda el uso rutinario de actigrafía en el insomnio, a menos que se quiera evaluar el impacto de la somnolencia a largo plazo.	**Guía** **AASM** *Morgenthaler T, 2007*
E	La polisomnografía es el estándar de referencia para los trastornos del sueño; allí se registran constantes biológicas, como electroencefalografía, electromiografía, movimientos oculares, flujo nasal, ronquido, electrocardiografía, movimientos respiratorios de tórax y abdomen, y oximetría.	1-2 **AASM** *Kushida CA, 2005*
R	La polisomnografía está indicada solamente para la queja de insomnio si se sospecha de trastorno respiratorio del sueño o de movimiento periódico de las extremidades. La polisomnografía no está indicada en la evaluación de rutina del insomnio crónico.	**Guía** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008* **Opinión de expertos** *Bonnet MH, 2012*

4.3 Tratamiento

4.3.1 Farmacológico

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El tratamiento farmacólogico forma parte del tratamiento integral del insomnio. Varios aspectos debemos tomar en cuenta para elegir el mejor tratamiento: 1. Duración del insomnio 2. Tipo de insomnio 3. Objetivos del tratamiento 4. Respuesta a tratamientos previos 5. Costo del medicamento 6. Disponibilidad de otros tratamientos 7. Comorbilidades 8. Interacciones con otros medicamentos y efectos colaterales A. Tolerancia B. Abstinencia	**1-2** **AASM** *Schutte-Rodin, 2008*
E	Se debe evitar el uso de benzodiacepinas en pacientes con riesgo de abuso y dependencia a sustancias. Uno de los objetivos del tratamiento con fármacos debe ser lograr el equilibrio entre la eficacia del hipnótico contra los efectos colaterales. Se debe evitar su uso continuo por más de 8 semanas, y debe prescribirse con esquema de reducción gradual.	**2-3** **AASM** *Morgenthaler T, 2006*

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Los hipnóticos que se usan actualmente en el tratamiento del insomnio pertenecen a dos grupos, según su estructura química: 1.Benzodiacepínicos 2.No benzodiacepínicos Ambos son agonistas del receptor a benzodiacepinas del complejo receptor GABA. Después de 2 semanas de tratamiento con benzodiacepinas incrementa el riesgo de desarrollar tolerancia y dependencia. Su uso crónico se ha asociado con aumento en el riesgo de accidentes de tránsito. En estos casos, la suspensión abrupta produce signos de abstinencia. La pérdida de memoria y el riesgo de caídas son consecuencias del uso crónico de benzodiacepinas, hecho que afecta a los ancianos, quienes consumen otros medicamentos y son más sensibles a los efectos colaterales. Puede considerarse también el empleo de hipnóticos no benzodiacepínicos que pertenecen a tres grupos distintos químicamente: ciclopirrolonas (zopiclona y eszopiclona), imidazopiridina (zolpidem) y pirazolopririmidina (zaleplon). Estos hipnóticos causan menos sedación a la mañana siguiente; el riesgo de dependencia y abstinencia es menor.	2-3 **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008*
E	Los hipnóticos no benzodiacepínicos presentan como efectos colaterales vértigo, somnolencia, cefalea y síntomas gastrointestales; a diferencia de las benzodiacepinas tienen menor riesgo de causar alteraciones en la respiración durante el sueño. Los antidepresivos con efecto sedante son de estructura tricíclica (amitriptilina, trazodona, mirtazapina, doxepina); la capacidad hipnótica está probablemente relacionada con su efecto antihistaminérgico y antagonista 5HT2. Estos medicamentos se han usado como hipnóticos en dosis menores que las dosis antidepresivas.	2-3 **AASM** *Morgenthaler T, 2006*

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Los hipnóticos no benzodiacepínicos son la primera opción de tratamiento farmacológico del insomnio crónico; sin embargo, no están disponibles en el Cuadro Básico del Sector Salud de México, en virtud de su reciente aparición en el mercado. Por ello, se recomienda utilizarlos, en la medida de lo posible, o bien seguir la guía con el uso de benzodiacepinas o antidepresivos.	**Punto de buena práctica** *Autores de la GPC*

4.3 Tratamiento

4.3.2 Tratamiento Conductual y Psicológico

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La educación para la salud en insomnio dota al paciente de la información adecuada sobre el sueño. Es una intervención que los profesionales ponen en práctica antes del inicio del tratamiento de insomnio, independientemente de la acción terapéutica que se elija.	**1+, 4** **SING** *GTGPCMAP, 2009*
E	La higiene de sueño es una intervención conductual que favorece la práctica de hábitos de sueño y medioambientales saludables que conducen a un buen sueño. Se debe usar en conjunto con control de estímulos, relajación, restricción de sueño o terapia cognitiva.	**Consenso** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008*
E	No hay evidencia suficiente que muestre que la higiene de sueño por sí sola es capaz de resolver los cuadros de insomnio crónico, y tiene un impacto mínimo sobre sueño.	**1-2** **AASM** *Morgenthaler T, 2006* **1++, 1+** **SING** *GTGPCMAP, 2009*
✓	Proporcionar al paciente educación para la salud para el insomnio e implementar medidas de higiene de sueño. Recomendada junto con otro tratamiento psicológico.	**Punto de buena práctica** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008*
E	Las terapias psicológicas y conductuales en el insomnio tienen como objetivo principal modificar patrones conductuales mal adaptativos respecto del sueño, los cuales son factores que perpetúan o exacerban el insomnio; asimismo, tienen como finalidad la corrección de estos y han demostrado su eficacia en la disminución de la latencia a sueño, aumento de la eficiencia de sueño y disminución del número de despertares, pero no en el tiempo total de sueño. También mejoran la sintomatología diurna, la calidad de vida y las comorbilidades.	**1-2** **AASM** *Morgenthaler T, 2006* **1-2** **AASM** *Schutte-Rodin S., 2008.*

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Las intervenciones psicológicas y conductuales combinadas con receptores agonistas de benzodiacepinas han demostrado su eficacia a corto plazo para el tratamiento de insomnio crónico.	**1-2** **AASM** *Morgenthaler T, 2006*
	No hay mucha evidencia sobre la duración óptima del tratamiento psicológico. Las revisiones encontradas la sitúan entre las 6, 8 y 10 semanas, pero hay un estudio posterior que mostró que el de 4 sesiones impartidas quincenalmente fue el tratamiento óptimo.	**1++** **SIGN** *GTGPCMAP, 2009*
	El entrenamiento en relajación muscular progresiva y la respiración abdominal tienen como objetivo disminuir los estados de alertamiento somático (tensión) y cognoscitivos (pensamientos intrusivos al acostarse) que interfieren con el sueño.	**1-2** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008* **1-2** **AASM** *Morgenthaler T, 2006*
	La relajación muscular progresiva y la respiración abdominal son técnicas indicadas en el tratamiento del insomnio crónico.	**Estándar** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008* **Estándar** **AASM** *Morgenthaler T, 2006*
	El objetivo de las terapias psicológicas (técnicas cognitivas) en el insomnio es identificar, cambiar y analizar las creencias, pensamientos y actitudes distorsionadas que tiene el paciente respecto al sueño y que perpetúan el insomnio, la técnica que ha mostrado mayor efectividad es la restructuración cognitiva.	**1++** **SIGN** *GTGPCMAP, 2009* **1-2** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008* **1-2** **AASM** *Morgenthaler T, 2006*

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La terapia cognitivo-conductual produce mejoría significativa a corto plazo y la mejoría se mantiene a 2 años de seguimiento.	**1++** **SIGN** *GTGPCMAP, 2009*
E	La terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I) combinada con medicamento no muestra ventajas consistentes o desventajas, por encima de la TCC-I sola. Las comparaciones del tratamiento farmacológico solo a largo plazo no están disponibles.	**3-4** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008*
E	La TCC-I con o sin la de relajación es una terapia multimodal que combina la terapia cognitiva con las terapias conductuales (control de estímulos, restricción de sueño con o sin terapia de relajación) y frecuentemente se incluye la higiene de sueño. La TCC-I es efectiva en aumentar la eficiencia de sueño, disminuye la latencia a sueño, continuidad de sueño, pero no sobre el tiempo total de sueño. Los efectos a largo plazo oscilan en 6, 12 y 24 meses de seguimiento. En la TCC-I no se han reportado efectos secundarios.	**1-2** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008* **1-2** **AASM** *Morgenthaler T, 2006* **1++** **SIGN** *GTGPCMAP, 2009*
E	La terapia multicomponente (sin terapia cognitiva) es un abordaje terapéutico donde se combinan varias terapias conductuales cuyo objetivo principal, en insomnio, es modificar patrones conductuales mal adaptativos respecto del sueño; estos son factores que perpetúan o exacerban las alteraciones del sueño. La evidencia muestra su efectividad en el tratamiento del insomnio.	**2-3** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008* **2-3** **AASM** *Morgenthaler T, 2006*
R	Las intervenciones psicológicas y conductuales se recomiendan en el tratamiento de insomnio primario e insomnio secundario. No se han reportado efectos secundarios. Muestran eficacia a corto y a largo plazo.	**Estándar** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008* ***1++*** **SIGN** *GTGPCMAP, 2009*

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	Las terapias psicológicas y conductuales (incluyen diferentes técnicas especificas y modalidades) son efectivas en el tratamiento de insomnio crónico primario y del insomnio relacionado con alguna comorbilidad (insomnio secundario).	**Estándar** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008*
R	Las terapias psicológicas y conductuales pueden ser usadas como intervención inicial cuando las condiciones lo permitan. El tratamiento inicial debe incluir higiene de sueño y al menos una intervención conductual como: control de estímulos o relajación; o, cambiar la combinación de técnicas, como a la TCC-I (ejemplo: terapia cognitiva, control de estímulos, restricción de sueño con o sin relajación) cuando las primeras no sean efectivas.	**Consenso** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008*
R	Las intervenciones psicológicas y conductuales combinadas con receptores agonistas de benzodiacepinas son eficaces a corto plazo para el tratamiento de insomnio crónico.	**Estándar** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008*
R	De las conductuales y psicológicas, las terapias recomendadas para el insomnio con o sin terapia de relajación en el manejo del insomnio crónico son el control de estímulos, la restricción de sueño, la relajación y la terapia cognitivo-conductual (Anexo 5.3).	**Estándar** **AASM** *Morgenthaler T, 2006*
R	La duración recomendada de las sesiones es de cuatro al mes. Y realizar revaloraciones cada mes.	**A-B** **SIGN** *GTGPCMAP, 2009*
R	Intención paradójica es una terapia cognoscitiva específica, en la cual el paciente es entrenado para enfrentar el miedo a estar despierto y sus efectos potenciales. Esta terapia está limitada al insomnio agudo, no se ha demostrado su eficacia en otro tipo de insomnio. No recomendada para insomnio crónico.	**Guía** **AASM** *Schutte-Rodin S, 2008* **Estándar** **AASM** *Morgenthaler T, 2006*

4.4 Referencia y Contrarreferencia

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓	Todos los pacientes identificados con insomnio crónico y con comorbilidad o síntomas persistentes deberán ser enviados al segundo nivel.	**Punto de buena práctica** *Autores de la GPC*
✓	En el segundo nivel de atención, los pacientes con insomnio crónico y que requieran de evaluación con polisomnografía se enviarán al tercer nivel.	**Punto de buena práctica** *Autores de la GPC*
✓	Una vez identificado el trastorno, su etiología o condiciones asociadas, deberá recibir tratamiento específico.	**Punto de buena práctica** *Autores de la GPC*
✓	El paciente será referido a su primer nivel de atención para el control adecuado y para el control de comorbilidad.	**Punto de buena práctica** *Autores de la GPC*

5. Anexos

5.1 Protocolo de Búsqueda

Insomnio crónico del adulto
La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos sobre la temática **insomnio crónico del adulto**. La búsqueda se realizó en PubMed y el listado de sitios Web para la búsqueda de guías de práctica clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma **español e inglés**
- Publicados durante los últimos **5 años**
- Documentos enfocados en: **diagnóstico, terapia de drogas, epidemiología, etiología, mortalidad, prevención y control, psicología, rehabilitación y terapia**

Criterios de exclusión:

- Documentos distintos al idioma español o inglés

PRIMERA ETAPA

Una vez identificado el término MeSH del tema correspondiente, para la primera etapa de este protocolo se realizo una búsqueda en PubMed con el término **Sleep initiation and maintenance disorders** con los siguientes calificadores o subtemas: **complications, diagnosis, diet therapy, drug therapy, epidemiology, etiology, genetics, metabolism, mortality, nursing, physiopathology, prevention and control, psychology, rehabilitation, therapy**; y se aplicaron los siguientes límites: Humans, Practice Guideline, English, Spanish, All Adult: 19+ years, Publication Date from 2008 to 2012

Con base en esto se generó el siguiente algoritmo de búsqueda, con el cual se recuperó **1 documento**:
"Sleep Initiation and Maintenance Disorders/classification"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/complications"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/diagnosis"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/diet therapy"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/drug therapy"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/epidemiology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/etiology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/genetics"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/metabolism"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/mortality"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/nursing"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/physiopathology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/prevention and control"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/psychology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/rehabilitation"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/therapy"[MeSH] AND ("humans"[MeSH Terms] AND Practice

Guideline[ptyp] AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms] AND ("2008"[PDAT] : "2012"[PDAT])) DOCUMENTOS RECUPERADOS

Búsqueda	Resultado
Documentos recuperados	1

1. "Sleep Initiation and Maintenance Disorders"[MeSH]
2. "Classification"[Subheading]
3. "Complications"[Subheading]
4. "Diagnosis"[Subheading]
5. "Diet therapy"[Subheading]
6. "Drug therapy"[Subheading]
7. "Epidemiology"[Subheading]
8. "Etiology"[Subheading]
9. "Genetics"[Subheading]
10. "Metabolism"[Subheading]
11. "Mortality"[Subheading]
12. "Nursing"[Subheading]
13. "Physiopathology"[Subheading]
14. "Prevention and control"[Subheading]
15. "Psychology"[Subheading]
16. "Rehabilitation"[Subheading]
17. "Therapy"[Subheading]
18. #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
19. #1 and #18
20. "Humans"[MeSH]
21. #19 AND #20
22. "Practice Guideline"[ptyp]
23. #21 AND #22
24. English[lang]
25. Spanish[lang]
26. #24 OR # 25
27. #23 AND #26
28. "Adult"[MeSH]
29. #27AND #28
30. "2008"[PDAT] : "2012"[PDAT]
31. #29 AND #30
32. #1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17) AND #20 AND #22 AND #26 AND #27 AND #28 AND #30

SEGUNDA ETAPA

Debido a que se recuperó solo un documento, se decidió no restringir los años de búsqueda, generando el siguiente algoritmo y recuperándose 3 documentos

"Sleep Initiation and Maintenance Disorders/classification"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/complications"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/diagnosis"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/diet therapy"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/drug therapy"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/epidemiology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/etiology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/genetics"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/metabolism"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/mortality"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/nursing"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/physiopathology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/prevention and control"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/psychology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/rehabilitation"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/therapy"[MeSH] AND ("humans"[MeSH Terms] AND Practice Guideline[ptyp] AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms])
DOCUMENTOS RECUPERADOS

Búsqueda	Resultado
Documentos recuperados	3

1. "Sleep Initiation and Maintenance Disorders"[MeSH]
2. "Classification"[Subheading]
3. "Complications"[Subheading]
4. "Diagnosis"[Subheading]
5. "Diet therapy"[Subheading]
6. "Drug therapy"[Subheading]
7. "Epidemiology"[Subheading]
8. "Etiology"[Subheading]
9. "Genetics"[Subheading]
10. "Metabolism"[Subheading]
11. "Mortality"[Subheading]
12. "Nursing"[Subheading]
13. "Physiopathology"[Subheading]
14. "Prevention and control"[Subheading]
15. "Psychology"[Subheading]
16. "Rehabilitation"[Subheading]
17. "Therapy"[Subheading]
18. #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
19. #1 and #18
20. "Humans"[MeSH]
21. #19 AND #20

22. "Practice Guideline"[ptyp]
23. #21 AND #22
24. English[lang]
25. Spanish[lang]
26. #24 OR # 25
27. #23 AND #26
28. "Adult"[MeSH]
29. #27AND #28
30. "#1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17) AND #20 AND #22 AND #26 AND #27 AND #28

TERCERA ETAPA

Se hizo una nueva búsqueda utilizando el mismo algoritmo y los mismos parámetros, pero buscando como tipo de documento Metaanálisis, que es el segundo nivel de evidencia y se recuperaron **4 documentos**:

("Sleep Initiation and Maintenance Disorders/classification"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/complications"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/diagnosis"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/diet therapy"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/drug therapy"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/epidemiology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/etiology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/genetics"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/metabolism"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/mortality"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/nursing"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/physiopathology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/prevention and control"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/psychology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/rehabilitation"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/therapy"[MeSH] AND ("humans"[MeSH Terms] AND Meta-Analysis[ptyp] AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms] AND ("2008"[PDAT] : "2012"[PDAT])) DOCUMENTOS RECUPERADOS

Búsqueda	Resultado
Documentos recuperados	4

1. "Sleep Initiation and Maintenance Disorders"[MeSH]
2. "Classification"[Subheading]
3. "Complications"[Subheading]
4. "Diagnosis"[Subheading]
5. "Diet therapy"[Subheading]
6. "Drug therapy"[Subheading]
7. "Epidemiology"[Subheading]

8. “Etiology"[Subheading]
9. "Genetics"[Subheading]
10. "Metabolism"[Subheading]
11. "Mortality"[Subheading]
12. “Nursing"[Subheading]
13. "Physiopathology"[Subheading]
14. "Prevention and control"[Subheading]
15. “Psychology"[Subheading]
16. "Rehabilitation"[Subheading]
17. "Therapy"[Subheading]
18. #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
19. #1 and #18
20. "Humans"[MeSH]
21. #19 AND #20
22. “Meta-Analysis”[ptyp]
23. #21 AND #22
24. English[lang]
25. Spanish[lang]
26. #24 OR # 25
27. #23 AND #26
28. "Adult"[MeSH]
29. #27AND #28
30. “2008"[PDAT] : "2012"[PDAT]
31. #29 AND #30
32. #1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17) AND #20 AND #22 AND #26 AND #27 AND #28 AND #30

CUARTA ETAPA

Una vez revisados estos documentos, se consideró pertinente realizar nuevamente la búsqueda con estos mismos lineamientos, pero sin restringir los años de búsqueda y se recuperaron **19 documentos**.

"Sleep Initiation and Maintenance Disorders/classification"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/complications"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/diagnosis"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/diet therapy"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/drug therapy"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/epidemiology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/etiology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/genetics"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/metabolism"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/mortality"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/nursing"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/physiopathology"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/prevention and control"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/psychology"[MeSH] OR

"Sleep Initiation and Maintenance Disorders/rehabilitation"[MeSH] OR "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/therapy"[MeSH] AND ("humans"[MeSH Terms] AND Meta-Analysis[ptyp] AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms])
DOCUMENTOS RECUPERADOS

Búsqueda	Resultado
Documentos recuperados	19

1. "Sleep Initiation and Maintenance Disorders"[MeSH]
2. "Classification"[Subheading]
3. "Complications"[Subheading]
4. "Diagnosis"[Subheading]
5. "Diet therapy"[Subheading]
6. "Drug therapy"[Subheading]
7. "Epidemiology"[Subheading]
8. "Etiology"[Subheading]
9. "Genetics"[Subheading]
10. "Metabolism"[Subheading]
11. "Mortality"[Subheading]
12. "Nursing"[Subheading]
13. "Physiopathology"[Subheading]
14. "Prevention and control"[Subheading]
15. "Psychology"[Subheading]
16. "Rehabilitation"[Subheading]
17. "Therapy"[Subheading]
18. #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
19. #1 and #18
20. "Humans"[MeSH]
21. #19 AND #20
22. Meta-Analysis[ptyp]
23. #21 AND #22
24. English[lang]
25. Spanish[lang]
26. #24 OR # 25
27. #23 AND #26
28. "Adult"[MeSH]
29. #27AND #28
30. "#1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17) AND #20 AND #22 AND #26 AND #27 AND #28

QUINTA ETAPA

Para la quinta etapa de este protocolo se hizo una búsqueda en bases de datos de sitios Web con el término **Sleep initiation and maintenance disorders**, obteniendo los siguientes resultados:

Sitios Web	Resultados obtenidos	Documentos utilizados
UpToDate	48	8
Biblioteca Cochrane. Revisiones sistemáticas	4	1
Biblioteca Cochrane. Revisiones sistemáticas con calidad evaluada	44	44
American College of Physicians	1	1
Guía Salud	12	1
TOTAL	109	55

5.2 Escalas de Gradación

1. **American Academy of Sleep Medicine/AASM**

GRADO	CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA
1	Ensayos aleatorizados bien diseñados con alfa baja y error beta *
2	Ensayos aleatorizados con alto alfa y error beta *
3	No aleatorio controlado concurrentemente estudios
4	No aleatorio controlado históricamente los estudios
5	Series de casos

GRADO	GRADO DE LA RECOMENDACIÓN
Estándar	Es una estrategia aceptada para la atención de los pacientes que refleja un alto grado de certeza clínica. El término refleja el nivel de evidencia 1 o evidencia robusta nivel II
Guía	Es una estrategia aceptada para la atención de los pacientes que refleja moderado grado de certeza clínica. El término implica el uso nivel de evidencia 2 o un consenso de evidencia nivel III
Opción	Recomendación con menos evidencia que la guía, para lo cual se alcanzó un acuerdo en un proceso estandarizado basado en el consenso de la información existente hasta el momento

2. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)**

Niveles de evidencia SIGN	
Nivel de evidencia	**Tipo de estudio**
1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-.	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohorte o de casos y controles, o Estudios de cohorte o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohorte o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohorte o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos)
4	Opiniones de expertos

Grados de recomendación SIGN	
Grado de recomendación	**Nivel de evidencia**
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto, o Una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados
B	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Niveles de evidencia 3 o 4, o Extrapolación de estudios calificados como 2+

5.3 Escalas de Clasificación Clínica

Índice de calidad del sueño de Pittsburgh

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible, lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor, conteste TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?_____

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches? _____
APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha estado levantando por la mañana?_____

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama)
APUNTE LAS HORAS QUE CREE HABER DORMIDO _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste todas las preguntas.

5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:

a) NO PODER CONCILIAR EL SUEÑO EN LA PRIMERA MEDIA HORA:
( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

b) DESPERTARSE DURANTE LA NOCHE O DE MADRUGADA:
( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

c) TENER QUE LEVANTARSE PARA IR AL SANITARIO:
( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

d) NO PODER RESPIRAR BIEN:
( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

e) TOSER O RONCAR RUIDOSAMENTE:
( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

f) SENTIR FRÍO:
( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

g) SENTIR DEMASIADO CALOR:
( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

h) TENER PESADILLAS O "MALOS SUEÑOS":
( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

i) SUFRIR DOLORES:
( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

j) OTRAS RAZONES (POR FAVOR DESCRÍBALAS A CONTINUACIÓN):
_____
( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?
( ) Bastante buena
( ) Buena
( ) Mala
( ) Bastante mala

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?
( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
( ) Ninguna vez en el último mes
( ) Menos de una vez a la semana
( ) Una o dos veces a la semana
( ) Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
( ) No hay problema en absoluto
( ) Sólo un problema muy leve
( ) Algo de problema
( ) Un problema muy grande

10. ¿Tiene compañero(a) de cama o de habitación?
( ) No tengo compañero de cama, ni de habitación
( ) Tengo pareja o compañero(a) pero duerme en otra habitación
( ) Tengo pareja en la misma habitación, pero no duerme en la misma cama
( ) Tengo pareja que duerme en la misma cama

Si tiene compañero(a) de habitación o pareja de cama, pregúntele a él/ella cuantas veces en el último mes usted ha presentado

a) Ronquido fuerte
( ) No durante el último mes
( ) Menos de una vez por semana
( ) Una o dos veces por semana
( ) Tres o más veces por semana

b) Pausas respiratorias largas mientras duerme
( ) Ninguna durante el último mes
( ) Menos de una vez por semana
( ) Una o dos veces por semana
( ) Tres o más veces por semana

c) Contracciones o sacudidas de las piernas mientras duerme
( ) Ninguna durante el último mes
( ) Menos de una vez por semana
( ) Una o dos veces por semana
( ) Tres o más veces por semana

d) Episodios de desorientación o confusión durante el sueño
( ) Ninguno durante el último mes
( ) Menos de una vez por semana
( ) Una o dos veces por semana
( ) Tres o más veces por semana

e) Otra alteración mientras usted duerme, por favor descríbala_____
( ) Ninguna durante el último mes
( ) Menos de una vez por semana
( ) Una o dos veces por semana
( ) Tres o más veces por semana

Calificación e interpretación del Índice de calidad del sueño de Pittsburgh

El Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (ICSP) es una escala autoaplicable que consta de 19 preguntas autoaplicadas y cinco relacionadas al compañero de cama. El ICSP se divide en siete componentes: 1) calidad subjetiva de sueño, 2) latencia a sueño, 3) duración de sueño, 4) eficiencia de sueño habitual, 5) otras alteraciones de sueño, 6) uso de medicamentos para dormir y 7) disfunción diurna. Para obtener el puntaje del ICSP, únicamente se consideran las preguntas autoaplicadas. Las 19 preguntas autoaplicadas se combinan para obtener la calificación de los siete componentes. Cada componente puede ser calificado en un rango de 0 a 3 puntos. En todos los casos "0" indica que no hay problemas de sueño, mientras que "3" señala problemas graves de sueño. Los puntajes de los siete componentes se suman para obtener un puntaje global del ICSP, que puede ir en un rango de 0 a 21 puntos, donde "0" indica que no hay problema de sueño, mientras que "3" señala problemas graves de sueño en todas las áreas. Un puntaje global en el ICSP entre 0 a 5 indica que el individuo es un buen dormidor o que tiene buena calidad de sueño, y un puntaje global en el ICSP >5 indica que el individuo es un mal dormidor o que tiene mala calidad de sueño.

El puntaje para cada componente y el puntaje global se obtienen de la siguiente manera:

C1. Calidad subjetiva de sueño: pregunta 6 y se asigna puntaje de la siguiente forma:

Respuesta	Componente 1 puntaje
"Bastante buena"	0
"Buena"	1
"Mala"	2
"Bastante mala"	3

Componente 1 Puntaje: _____

C2. Latencia a sueño: preguntas 2 y 5a, se asigna el puntaje de la siguiente forma:

a) Pregunta 2

Respuesta	Puntaje
≤15 minutos	0
16 a 30 minutos	1
31 a 60 minutos	2
>60 minutos	3

Pregunta 2 puntaje: _____

b) Pregunta 5a

Respuesta	Puntaje
"Ninguna vez en el último mes"	0
"Menos de una vez a la semana"	1
"Una o dos veces a la semana"	2
"Tres o más veces a la semana"	3

Pregunta 5a puntaje: _____

c) Suma del puntaje obtenido en la pregunta 2 y 5a: _____

d) Asignación de puntaje al componente 2:

Suma pregunta 2 y 5a	Componente 2 puntaje
0	0
1 a 2	1
3 a 4	2
5 a 6	3

Componente 2 puntaje: _____

C3. Duración de sueño: pregunta 4 y se califica como sigue:

Respuesta	Componente 3 Puntaje
>7 horas	0
6 a 7 horas	1
5 a 6 horas	2
<5 horas	3

Componente 3 puntaje: _____

C4. Eficiencia de sueño habitual: preguntas 1, 3 y 4, posteriormente se asigna la puntuación como sigue:

a) Pregunta 4: escribir el número de horas de sueño: _____

b) Calcular el número de horas que pasa en la cama: con la siguiente operación algebraica:

Hora de levantarse (pregunta 3): _____

Tiempo en cama (pregunta 1): _____

Número de horas que pasa en la cama: _____

c) Calcular la eficiencia de sueño habitual:

(número de horas de sueño/número de horas que pasa en cama)x100= eficiencia de sueño habitual (%)

d) Asignar el puntaje al componente 4 de la siguiente manera:

Eficiencia de sueño habitual %	Componente 4 Puntaje
>85%	0
75 a 84%	1
65 a 74%	2
<65%	3

Componente 4 Puntaje: _____

C5. Alteraciones de sueño: preguntas 5b a la 5j

a) Asignación de puntaje a cada pregunta de la siguiente forma:

Respuesta	Puntaje
"Ninguna vez en el último mes"	0
"Menos de una vez a la semana"	1
"Una o dos veces a la semana"	2
"Tres o más veces a la semana"	3

b) Puntajes preguntas 5b _____

c _____

d _____

e _____

f _____

g _____

h _____

i _____

j _____

c) Suma de los puntajes obtenidos en las preguntas 5b a la 5j:_____

d) Asignación de puntaje al componente 5:

Suma preguntas 5b a 5j	Componente 5 puntaje
0	0
1 a 9	1
10 a 18	2
19 a 27	3

Componente 5 puntaje: _____

C6. Uso de Medicamentos para dormir: pregunta 7 y se asigna el puntaje de la siguiente forma:

Respuesta	Componente 6 Puntaje
"Ninguna vez en el último mes"	0
"Menos de una vez a la semana"	1
"Una o dos veces a la semana"	2
"Tres o más veces a la semana"	3

Componente 6 Puntaje: _____

C7. Disfunción diurna: preguntas 8 y 9, se obtiene la puntuación de la siguiente manera:
a) Pregunta 8, asignación de puntaje:

Respuesta	Puntaje
"Ninguna vez en el último mes"	0
"Menos de una vez a la semana"	1
"Una o dos veces a la semana"	2
"Tres o más veces a la semana"	3

Puntaje pregunta 8:_____

b) Pregunta 9, asignación de puntaje:

Respuesta	Puntaje
"No hay problema en absoluto"	0
"Sólo un problema muy leve"	1
"Algo de problema"	2
"Un problema muy grande"	3

Puntaje pregunta 9:_____

c) Suma de los puntajes obtenidos en las preguntas 8 y 9:____
d) Asignación del puntaje al componente 7:

Suma preguntas 8 y 9	Componente 7 puntaje
0	0
1 a 2	1
3 a 4	2
5 a 6	3

Componente 7 Puntaje: _____

Puntaje Global del ICSP: suma de los puntajes obtenidos en los siete componentes.

Puntaje Global ICSP: _____

Índice de severidad del insomnio

Este indicador nos servirá para conocer el grado de dificultad que Ud. tiene para dormir. Para cada pregunta encierre en un círculo el número que mejor describa su respuesta:

Por favor indique el grado de dificultad que ha tenido para dormir en el **último mes.**

Problema de insomnio	Ninguno	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
1. Dificultad para quedarse dormido(a)	0	1	2	3	4
2. Dificultad para mantenerse dormido(a)	0	1	2	3	4
3. Problemas debido a que se despierta muy temprano	0	1	2	3	4

4. ¿Qué tan SATISFECHO (A) /INSATISFECHO (A) está con su patrón ACTUAL de sueño?

Muy satisfecho(a)	Satisfecho(a)	Moderadamente satisfecho(a)	Insatisfecho(a)	Muy insatisfecho(a)
0	1	2	3	4

5. ¿Qué tan EVIDENTE Ud. cree que es su problema de sueño para otras personas, en relación con el deterioro en su calidad de vida?

Nada evidente	Un poco	Algo	Mucho	Muy evidente
0	1	2	3	4

6. ¿Qué tan PREOCUPADO (A) /ANGUSTIADO (A) está respecto de su problema actual de sueño?

Nada preocupado (a)	Un poco	Algo	Mucho	Muy preocupado(a)
0	1	2	3	4

7. ¿Actualmente, en qué grado considera que su problema de sueño INTERFIERE con su actividad diaria (p.ej.: fatiga durante el día, estado de ánimo, habilidad para funcionar en el trabajo o labores domésticas, concentración, memoria, etc.)?

No interfiere	Un poco	Algo	Mucho	Extremadamente
0	1	2	3	4

Índice de gravedad del insomnio

Cuestionario de siete preguntas autoaplicables en una escala tipo Likert, que va de "0", que significa ningún problema, a "4", que significa un problema severo. El puntaje puede ir de 0 a 28. El cuestionario valora la naturaleza, severidad e impacto del insomnio, en un período de 1 mes y las dimensiones evaluadas son: severidad del inicio de sueño, mantenimiento de sueño y problemas de despertar más temprano por la mañana, insatisfacción de sueño, dificultad para dormir con consecuencias en el funcionamiento diurno, problema de sueño observado por otras personas, y distrés causado por dificultades de sueño.

Guía para calificación/interpretación

Sumar el puntaje obtenido en las siete preguntas (1+2+3+4+5+6+7)

Interpretación del puntaje total:
0 a 7 = insomnio clínicamente no significativo
8 a 14 = insomnio subclínico
15 a 21 = insomnio clínico (moderado)
22 a 28 = insomnio clínico (grave)

Escala de Epworth para somnolencia excesiva diurna

INSTRUCCIONES: las siguientes preguntas se relacionan con la posibilidad que tiene de quedarse dormido o de "cabecear" en diferentes situaciones. Marque la opción que corresponda a lo que sienta en las últimas 4 semanas. Si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de imaginar cómo le afectarían.

Situación	Posibilidad de quedarse dormido			
	Ninguna (0)	Poca (1)	Regular (2)	Mucha (3)
Sentado leyendo	❑	❑	❑	❑
Viendo televisión	❑	❑	❑	❑
Sentado sin hacer nada en un lugar público	❑	❑	❑	❑
Como pasajero en un carro o autobús en viajes de más de 1 hora	❑	❑	❑	❑
Acostándose a descansar por la tarde si su trabajo se lo permite	❑	❑	❑	❑
Sentado platicando con alguien	❑	❑	❑	❑
Sentado después de la comida sin haber tomado bebidas alcohólicas	❑	❑	❑	❑
En un carro o autobús mientras se detiene por pocos minutos en el tráfico	❑	❑	❑	❑

Guía para la calificación/interpretación
Sumar el puntaje obtenido en las ocho preguntas

Interpretación del puntaje total de la ESE:
Se considera somnolencia diurna excesiva un puntaje >10

Diario de vigilia-sueño. Contestar por las mañanas

Fecha y día	Me acosté/ Me dormí	Me tardé en quedarme dormido	Me desperté/ Me levanté	Me desperté durante la noche	Cuando me desperté me sentí	Anoche dormí (número de horas):
Día 1: _____ _____/_____/_____ d m a	_____ pm/am _____ pm/am	_____ min/horas	_____ pm/am _____ pm/am	_____ veces duración promedio de los despertares_____	_____ Descansado _____ Algo descansado _____ Cansado	_____ Horas
Día 2: _____ _____/_____/_____ d m a	_____ pm/am _____ pm/am	_____ min/horas	_____ pm/am _____ pm/am	_____ veces duración promedio de los despertares_____	_____ Descansado _____ Algo descansado _____ Cansado	_____ Horas
Día 3: _____ _____/_____/_____ d m a	_____ pm/am _____ pm/am	_____ min/horas	_____ pm/am _____ pm/am	_____ veces duración promedio de los despertares_____	_____ Descansado _____ Algo descansado _____ Cansado	_____ Horas
Día 4: _____ _____/_____/_____ d m a	_____ pm/am _____ pm/am	_____ min/horas	_____ pm/am _____ pm/am	_____ veces duración promedio de los despertares_____	_____ Descansado _____ Algo descansado _____ Cansado	_____ Horas
Día 5: _____ _____/_____/_____ d m a	_____ pm/am _____ pm/am	_____ min/horas	_____ pm/am _____ pm/am	_____ veces duración promedio de los despertares_____	_____ Descansado _____ Algo descansado _____ Cansado	_____ Horas
Día 6: _____ _____/_____/_____ d m a	_____ pm/am _____ pm/am	_____ min/horas	_____ pm/am _____ pm/am	_____ veces duración promedio de los despertares_____	_____ Descansado _____ Algo descansado _____ Cansado	_____ Horas
Día 7: _____ _____/_____/_____ d m a	_____ pm/am _____ pm/am	_____ min/horas	_____ pm/am _____ pm/am	_____ veces duración promedio de los despertares_____	___ Descansado ___ Algo descansado ___ Cansado	_____ Horas

Diarios de vigilia-sueño. Contestar por las noches

Día	Consumí bebidas con cafeína:	Realicé al menos 20 minutos de ejercicio	Aproximadamente 2 a 3 h antes de ir a la cama yo ingerí:	**Tomé siestas**	Tomé medicamentos durante el día	Realicé alguna actividad 1 h antes de dormir
Día 1	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	_____ Alcohol _____ Comida pesada _____ No aplica	Sí ( ) No ( ) No. de siestas _____ Duración _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____
Día 2	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	_____ Alcohol _____ Comida pesada _____ No aplica	Sí ( ) No ( ) No. de siestas _____ Duración _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____
Día 3	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	_____ Alcohol _____ Comida pesada _____ No aplica	Sí ( ) No ( ) No. de siestas _____ Duración _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____
Día 4	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	_____ Alcohol _____ Comida pesada _____ No aplica	Sí ( ) No ( ) No. de siestas _____ Duración _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____
Día 5	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	_____ Alcohol _____ Comida pesada _____ No aplica	Sí ( ) No ( ) No. de siestas _____ Duración _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____
Día 6	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	_____ Alcohol _____ Comida pesada _____ No aplica	Sí ( ) No ( ) No. de siestas _____ Duración _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____
Día 7	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	___ en la mañana ___ en la tarde ___ 2 a 3 h antes de acostarme ___ No aplica	_____ Alcohol _____ Comida pesada _____ No aplica	Sí ( ) No ( ) No. de siestas _____ Duración _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____	Enlistar: _____ _____ _____ _____

5.4 Recomendaciones para la Implementación de Herramientas en el Insomnio Crónico

Educación para la salud

Con la educación para la salud para el insomnio se dota al paciente de información adecuada sobre sueño para facilitar la aceptación y seguimiento del tratamiento. Al paciente se le tiene que informar sobre:

1. Importancia del sueño para la salud como necesidad biológica, tal como comer o beber agua, y que la estructura de sueño, fases de sueño, la cantidad y calidad del sueño pueden verse afectadas por factores biológicos, físicos y psicológicos.
2. La influencia de la edad en la estructura de sueño (la necesidad de sueño disminuye conforme la edad aumenta).
3. Número de horas de sueño necesarias y variaciones individuales (cada persona tiene una necesidad propia de sueño, aunque lo habitual es de 7 a 8 horas diarias de sueño, existen personas que necesitan dormir más y otras, menos, sin que padezcan una alteración de sueño).
4. Prevalencia y factores de riesgo del insomnio: el insomnio es una de los trastornos de sueño más prevalentes, se estima una mayor prevalencia del insomnio crónico en personas de edad avanzada y en mujeres. Dentro de los factores de riesgo se incluyen el abuso de sustancias, trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad), dolor crónico, desempleo y nivel económico bajo.
5. El sueño como reflejo del funcionamiento diurno y viceversa (algunas tareas que requieran atención, concentración y memoria pueden verse afectadas y difíciles de realizar).
6. La importancia del condicionamiento.
7. Algunos procesos mentales pueden causar la aparición de un círculo vicioso.
8. Efecto de la terapia farmacológica: los medicamentos para dormir pueden producir "tolerancia" la dosis habitual produce menos efecto, con lo que se necesitan dosis más altas y "reacciones de abstinencia", lo cual ocurre cuando una persona con adicción a una sustancia deja de consumirla.
9. Importancia de incluir la terapia psicológica en el manejo del insomnio en conjunto con la terapia farmacológica. El manejo psicológico es eficaz pero requiere la participación activa del paciente.
10. Establecer las metas en relación con el tratamiento y ajustarlas a las expectativas del paciente.
11. Algunas sustancias pueden producir alteraciones del sueño, como los estimulantes del sistema nervioso central: cafeína, teína, anfetaminas, corticoides, bloqueadores adrenérgicos y broncodilatadores.

Hábitos de sueño

Con los hábitos de sueño se favorece la conciencia y el conocimiento del impacto de algunos factores en torno al sueño, que pueden perpetuar o favorecer el insomnio. Se recomienda:

1. Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse, incluyendo fines de semana, días de asueto y vacaciones.

2. Permanecer en cama sólo el tiempo de sueño.
3. Evitar siestas; en casos específicos se puede permitir una siesta después de comer con una duración no mayor de 30 minutos.
4. Evitar bebidas que contengan cafeína y teína 3 horas antes de ir a dormir. Ingerir estas bebidas por la tarde altera el sueño, incluso en personas que no lo perciben.
5. Evitar el uso de alcohol y tabaco en la medida de lo posible. En el caso del paciente que no pueda evitarlo se puede permitir 3 horas antes de ir a dormir en cantidades mínimas.
6. Realizar ejercicio en forma regular al menos 1 hora al día, con luz solar y de preferencia por la tarde y evitarlo 3 horas antes de ir a dormir.
7. Evitar realizar ejercicio intenso 2 horas previas a ir a dormir.
8. En la medida de lo posible, mantener la recámara en una temperatura agradable y con niveles mínimos de luz y ruido.
9. Evitar ir a la cama con hambre o ingerir comidas abundantes 2 horas previas a ir a la cama.
10. Evitar realizar actividades en la cama, tales como ver la televisión, leer, escuchar radio.
11. Evitar usar la computadora 2 horas previas a ir a dormir.

Además de lo anterior en personas mayores se recomienda:

12. Limitar el consumo de líquidos por la tarde, sobre todo si la frecuencia urinaria es un problema.
13. Pasar tiempo al aire libre y disfrutar de la luz solar; si es después de las 10 de la mañana, utilizar protector solar.
14. Realizar ejercicio en la medida de sus posibilidades pero no cerca a la hora de ir a la cama.
15. Considerar los posibles efectos secundarios de ciertos medicamentos sobre el sueño; los estimulantes a la hora de acostarse y los sedantes durante el día pueden afectar de forma desfavorable el sueño.

Los modelos actuales de la etiología del insomnio sugieren que el hiperalertamiento fisiológico y cognitivo contribuyen a la evolución y cronicidad del insomnio. Además de que los pacientes suelen desarrollar conductas no adaptativas, como permanecer en cama despiertos durante períodos prolongados de tiempo, generalmente resultan en un mayor esfuerzo y frustración para dormir, lo cual provoca ansiedad por no poder dormir. Estas respuestas negativas aprendidas pueden ser modificadas a través de las técnicas psicológicas y conductuales que se describen a continuación.

Control de estímulos

Diseñado para extinguir la asociación negativa entre la cama y resultados indeseables, tales como la hipervigilancia, frustración y preocupaciones en relación con no poder dormir. Estas asociaciones negativas están condicionadas frecuentemente en respuesta a esfuerzos para dormir como resultado de períodos prolongados de tiempo en cama despiertos.

Los objetivos de la terapia de control de estímulos son: que el paciente forme una reasociación positiva, clara, entre la cama y la recámara con el sueño y a implementar o reestablecer un horario regular de vigilia-sueño.

Instrucciones:

1. Vaya a la cama solamente cuando esté soñoliento.

2. Establezca una rutina previa a ir a la cama que le indique que se acerca la hora de acostarse, como lavarse la cara, los dientes, entre otras, y realícelas en el mismo orden todas las noches.
3. Cuando esté en la cama adopte la postura para dormir que prefiera y utilice sus almohadas y ropa de cama preferidas.
4. Mantenga un horario regular de sueño.
5. Mantenga un horario regular para levantarse por la mañana, incluidos los días festivos, de asueto y vacaciones, independientemente de la hora en que se haya acostado.
6. Evite siestas.
7. Use la cama solamente para dormir y la actividad sexual.
8. Intente relajarse al menos 1 hora antes de ir a la cama.
9. Evite "preocuparse" cuando ya esté acostado, es preferible reservar un momento en el día para reflexionar sobre los asuntos que le preocupen, intentando encontrar soluciones (le puede ayudar escribirlos). Si se preocupa cuando ya está acostado puede decirse a sí mismo: "basta, pensaré en ello mañana, ahora es momento de dormir".
10. Evite usar la computadora antes de ir a la cama, la luz de la pantalla puede actuar como un activador.
11. Si no es capaz de dormirse (o conciliar el sueño después de un despertar) en un período de 20 minutos, levántese de la cama –haga una actividad relajante hasta que se sienta soñoliento y regrese a la cama, repita esto las veces que sea necesario-. El paciente debe ser instruido en levantarse de la cama después de que tenga la percepción de no haber iniciado el sueño en aproximadamente 20 minutos después de haberse acostado, el tiempo lo debe calcular el paciente evitando el uso del reloj.

Entrenamiento en relajación muscular progresiva

La terapia de relajación implica relajar progresivamente los músculos desde la cabeza hasta los dedos de los pies. Ejemplo de un programa de relajación: acostado, en una posición cómoda, con los ojos cerrados, inspirando y exhalando suavemente y empezando con los músculos de la cara, se pide al paciente que, "apriete (contraiga) con suavidad los músculos durante 1 o 2 segundos y que después relaje". Repita varias veces, se utiliza la misma instrucción para los demás grupos musculares secuenciando de la siguiente manera: mandíbula, cuello, hombros, brazo superior, antebrazo, dedos de las manos, tórax, abdomen, glúteos, muslos, pantorrillas y pies, repitiendo este ciclo, de ser necesario. El programa tiene como objetivo disminuir el nivel de activación fisiológica, reducir la latencia a sueño y disminuir la ansiedad provocada por no poder conciliar el sueño.

Terapia cognitivo-conductual para el insomnio

Es una combinación de terapia cognitiva acoplada con tratamientos conductuales (por ejemplo, control de estímulos o restricción de sueño) con o sin terapia de relajación, y la higiene de sueño también es incluida frecuentemente. La terapia cognitiva tiene como finalidad identificar y tratar de cambiar las creencias, pensamientos y actitudes distorsionadas del paciente respecto al insomnio, así como la sobrevaloración del paciente y las expectativas poco realistas sobre el sueño. Utiliza un método psicoterapéutico para reestructurar las vías cognitivas con conceptos positivos y adecuados

sobre el sueño y sus efectos. Las distorsiones cognitivas se identifican, analizan y tratan en el curso del tratamiento, que incluye creencias tales como: "Yo no puedo dormir sin medicamento", "tengo un desequilibrio químico", "si no puedo dormir debo permanecer en la cama y descansar", "mi vida se arruinará si no puedo dormir". La TCC-I puede establecerse en un período de 8 a 10 sesiones que deben incluir una sesión de educación para la salud, sesiones centradas en control de estímulos y restricción de sueño, otras centradas en terapia cognitiva e higiene de sueño, y de revisión e integración de las sesiones previas y anticipar (resolver) problemas futuros, como el estrés y las recaídas.

Restricción de sueño

Inicialmente limita el tiempo en cama del tiempo total de sueño basal. Este enfoque intenta mejorar la continuidad de sueño usando la restricción de sueño para mejorar la promoción del sueño. Cuando la continuidad de sueño mejora sustancialmente, el tiempo en cama se aumenta gradualmente, para proveer el tiempo suficiente de sueño para que el paciente se sienta restaurado durante el día, mientras que se preserva al mismo tiempo la consolidación del sueño que se ha adquirido recientemente. Los objetivos de la restricción de sueño es minimizar la cantidad del tiempo invertido en la cama despierto, y favorecer el restablecimiento de la asociación entre la cama y el dormir.

Instrucciones

Realizar un diario de sueño durante 1 a 2 semanas, para determinar el promedio del tiempo total de sueño (TTS) de línea base.

1. Establecer la hora de despertarse para aproximarlo al promedio del TTS para alcanzar una eficiencia de sueño mayor a 85% durante 7 días; el objetivo es para el tiempo total en cama (TTC) no <5 horas para aproximar el TTS.
2. Hacer ajustes semanales.

a) Para la eficiencia del sueño (TTS/TTC x 100%)>85% a 90% durante 7 días, el TTC se puede aumentar por 15 a 20 minutos.
b) Para una eficiencia de sueño <80%, el TTC puede ser disminuido por 15 a 20 minutos. Repetir el ajuste de TTC cada 7 días.

Al utilizar la restricción de sueño, los pacientes deben ser monitoreados y advertidos de la posibilidad de que manifiesten somnolencia diaria.

Intención paradójica

Es una terapia cognitiva en la cual el paciente es entrenado para enfrentar el miedo a permanecer despierto y sus posibles efectos. El objetivo es eliminar la ansiedad del paciente sobre su manejo del sueño.

Instrucciones

Se asume que una parte muy importante del problema de sueño son los intentos por tratar de resolverlo y la ansiedad que produce el fracaso por controlar el sueño.

1. Se pide al paciente que haga lo contrario, es decir, que se esfuerce en NO dormir. Se instruye al paciente en que permanezca despierto y evite cualquier esfuerzo (la intención) para conciliar el sueño.

Esta recomendación se limita al insomnio de inicio, debido a que no se ha podido generalizar a otro tipo de insomnio.

Reestructuración cognitiva

El objetivo en esta técnica es sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más racionales.

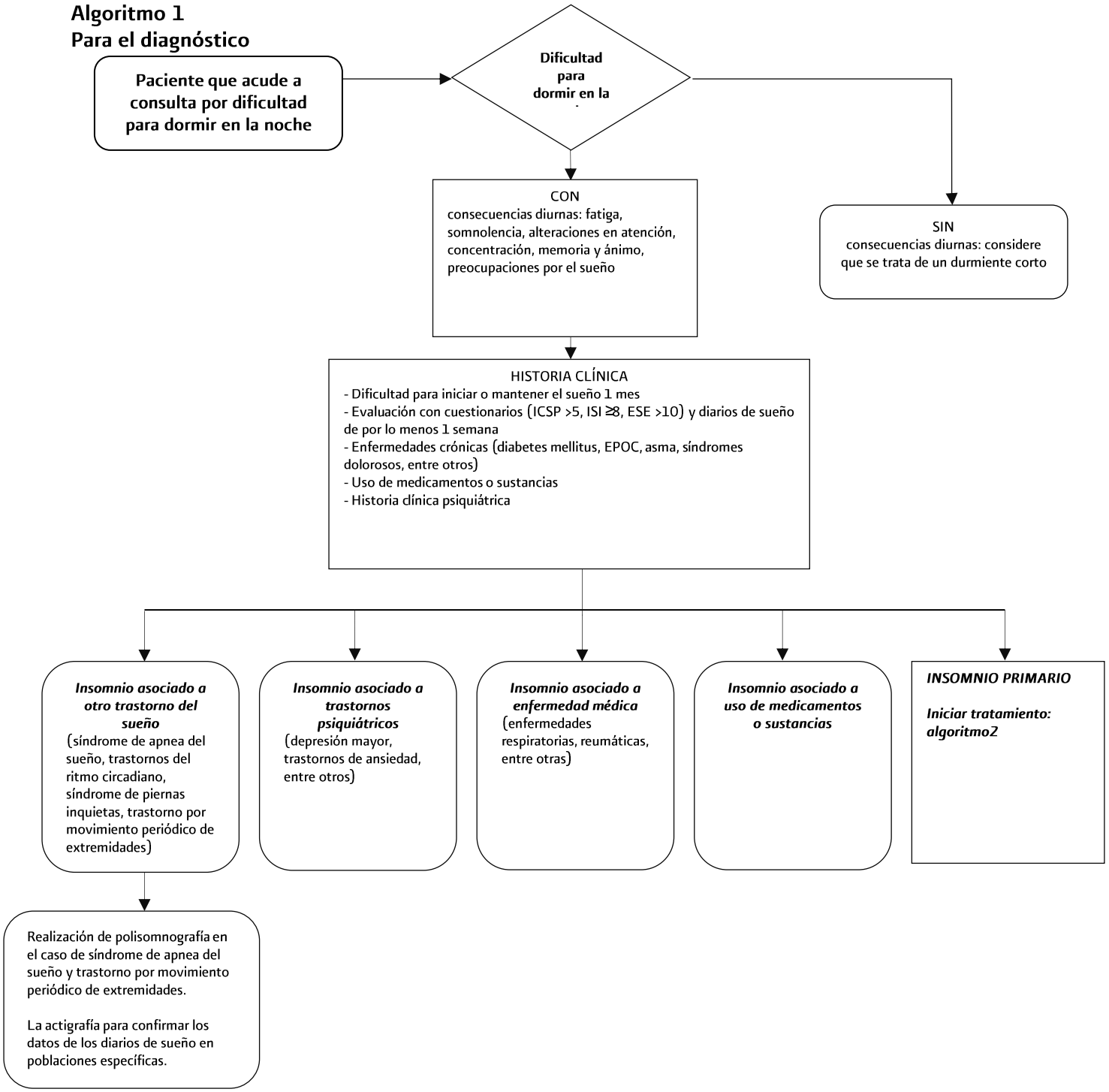
Se entrena al paciente en implementar habilidades que lo ayuden a desarrollar la capacidad de identificar cogniciones no adaptativas, contrastarlas con la realidad y desactivarlas generando pensamientos racionales propios.

Se identifican las creencias, actitudes, expectativas y atribuciones disfuncionales que la persona pueda tener sobre el sueño para reestructurarlas sustituyéndolas por otras con otro valor más adaptativo.

A largo plazo puede utilizarse para vencer todas las preocupaciones referidas al sueño y eliminar la ansiedad asociada con mala calidad y cantidad del sueño o la incapacidad de dormirse.

5.5 Diagramas de Flujo

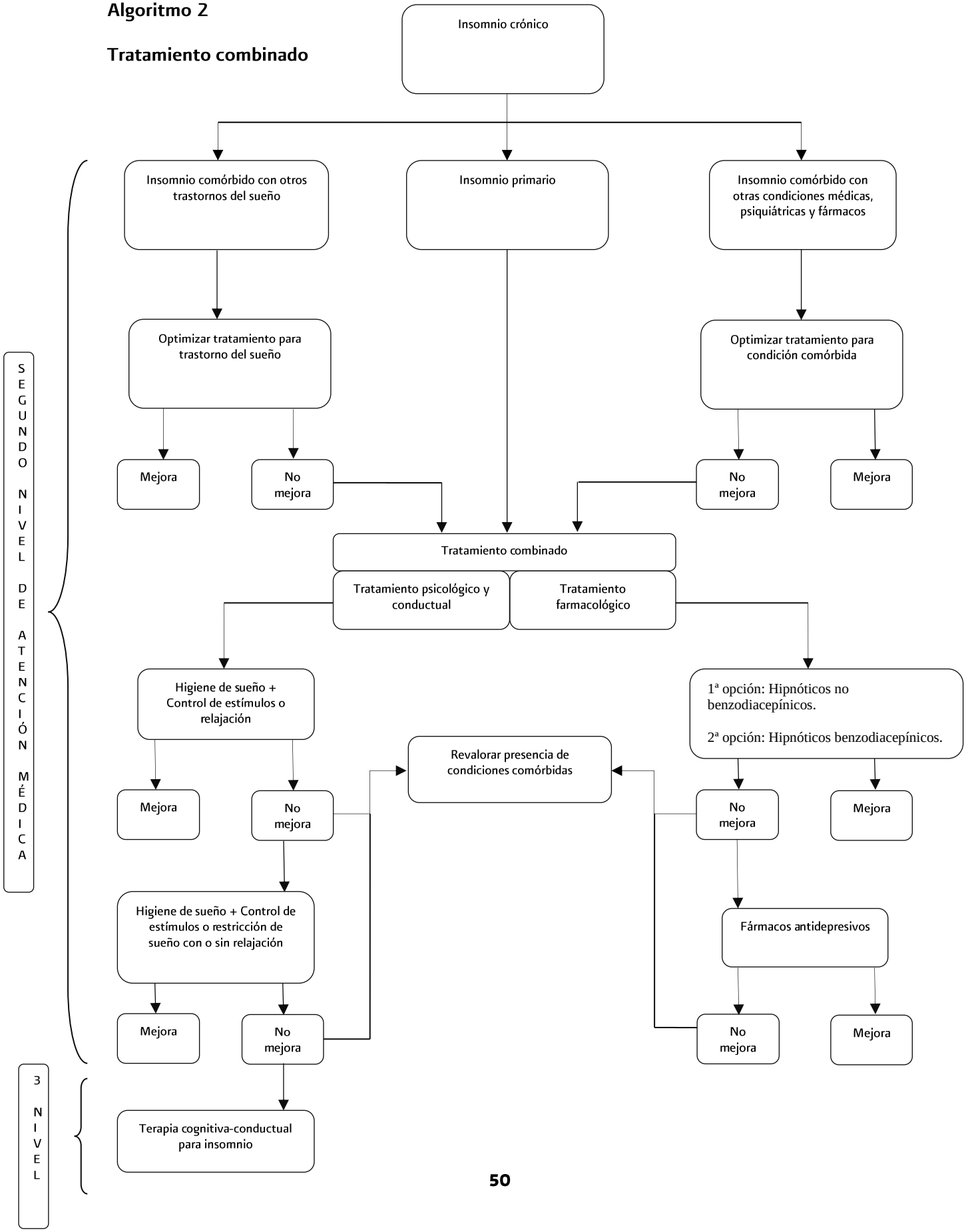
Algoritmo 1
Para el diagnóstico



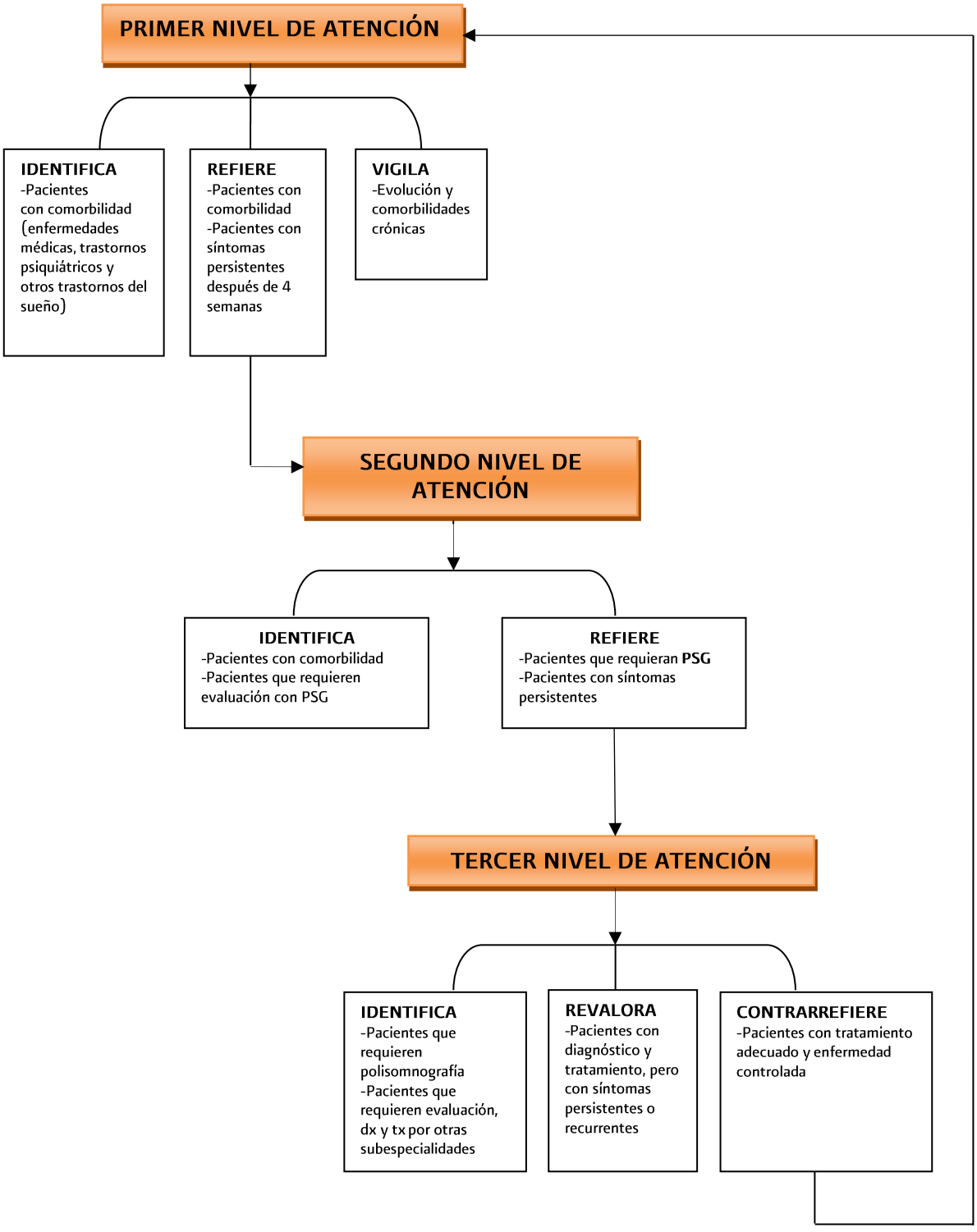
ICSP, Índice de calidad de sueño de Pittsburgh
ISI, Índice de severidad del insomnio
ESE, Escala de somnolencia de Epworth

Algoritmo 2

Tratamiento combinado



Algoritmo 3
Referencia y contrarreferencia



5.6 Listado de Recursos

- **Primer nivel de atención:**
  - Cuestionario de síntomas del dormir
  - Escalas para evaluar síntomas de ansiedad y depresión
  - Índice de severidad de insomnio
  - Índice de calidad de sueño de Pittsburgh
  - Cinta métrica
  - Balanza y estadímetro
  - Esfigmomanómetro de mercurio
- **Segundo nivel de atención**
  - Recursos del primer nivel
  - Especialista en psiquiatría
  - Psicología
  - En lo posible, una clínica de sueño, un grupo multidisciplinario para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, atendiendo las recomendaciones del grupo de expertos en medicina del dormir en nuestro país
- **Tercer nivel de atención**
  - Recursos de segundo nivel
  - Laboratorio de sueño, el cual deberá incluir equipo de polisomnografía

5.7 Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados indicados en el tratamiento de insomnio crónico del **Cuadro Básico de la SSA, IMSS o ISSSTE** y del **Cuadro Básico Sectorial:**

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
0.40.000.2612.00	Clonazepam	0.5 a 2 mg por la noche	Tabletas 2 mg	4 semanas	Rinorrea, palpitaciones, somnolencia, mareo, ataxia, nistagmus, sedación exagerada, efecto miorrelajante, hipotonía muscular	Opiáceos, fenobarbital, antidepresivos y alcohol, aumentan su efecto. La carbamazepina disminuye su concentración plasmática	Hipersensibilidad a benzodiacepinas, insuficiencia hepática y renal, glaucoma, lactancia, psicosis, miastenia gravis
0.40.000.2613.00	Clonazepam	3 a 10 gotas	Solución 2.5 mg/ml	4 semanas	Rinorrea, palpitaciones, somnolencia, mareo, ataxia, nistagmus, sedación exagerada, efecto miorrelajante, hipotonía muscular	Opiáceos, fenobarbital, antidepresivos y alcohol, aumentansu efecto. La carbamazepina disminuye su concentración plasmática	Hipersensibilidad a benzodiacepinas, insuficiencia hepática y renal, glaucoma, lactancia, psicosis, miastenia gravis
0.40.000.3305.00	Clorhidrato de Amitriptilina	12.5 mg	Tabletas 25 mg	4 semanas	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática	Aumenta el efecto hipertensivo con adrenalina Disminuye su efecto con los barbitúricos. Con inhibidores de la monoaminooxidasa puede ocasionar excitación grave, hipertermia y convulsiones	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos Precauciones: en padecimientos cardiovasculares, glaucoma de ángulo cerrado, alcoholismo activo, sedación e hipertiroidismo
0.40.000.5478.00	Loracepam	1 mg antes de acostarse	Tabletas 1 mg	4 semanas	Hiporreflexia, ataxia, somnolencia, apnea, insuficiencia respiratoria, depresión del estado de conciencia, dependencia y tolerancia	La administración simultánea de barbitúricos, ingestión de alcohol y otras benzodiacepinas aumentan los efectos depresivos	Hipersensibilidad al fármaco y a las benzodiacepinas Precauciones: en glaucoma, insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, miastenia gravis
0.40.000.3206.00	Triazolam	0.125 mg antes de acostarse	Tabletas 0.125 mg	4 semanas	Hiporreflexia, ataxia, somnolencia, miastenia gravis, apnea, insuficiencia respiratoria, depresión del estado de conciencia, dependencia	Duplica su concentración plasmática cuando se administra simultáneamente con eritromicina o cimetidina	Hipersensibilidad al fármaco, dependencia, estado de choque. Precauciones: en glaucoma e insuficiencia renal
0.40.000.4482.00	Bromacepam	1.5 mg antes de acostarse	Tabletas 3 mg	4 semanas	Hiporreflexia, ataxia, somnolencia, miastenia, apnea, insuficiencia respiratoria, depresión del estado de conciencia	Con otros depresores del sistema nervioso central (barbitúricos, alcohol, antidepresivos) aumenta sus efectos	Hipersensibilidad al fármaco, dependencia, estado de choque, coma, insuficiencia renal. Glaucoma

6. Glosario

Actigrafía: es el registro del movimiento corporal en un período de tiempo, mediante un acelerómetro que se coloca en la muñeca del paciente. Su objetivo es caracterizar los patrones del sueño-vigilia del paciente.
Actígrafo: dispositivo del tamaño de un reloj de pulsera que contiene un acelerómetro que mide el movimiento corporal y que contiene una memoria para el almacenamiento de los datos.
Alertamiento: cambio abrupto de un estadio de sueño NMOR "más profundo" a un estadio de sueño NMOR "más ligero", o de sueño MOR a la vigilia, con la posibilidad de despertar. El alertamiento puede estar acompañado de incremento en el tono muscular (EMG) y de la frecuencia cardíaca, así como con presencia de movimientos corporales.
Apnea: cese del flujo aéreo nasal y oral con una duración de al menos 10 segundos. Las apneas se pueden clasificar en tres tipos: obstructiva, central y mixta. La apnea obstructiva se caracteriza por la obstrucción de la vía aérea superior en presencia de esfuerzo inspiratorio constante o creciente a lo largo de todo el período de ausencia del flujo de aire; la apnea central está asociada con cese del esfuerzo inspiratorio a lo largo de todo el período de ausencia del flujo de aire, y la apnea mixta tiene ambos componentes: central y obstructivo.
Arquitectura de sueño: relaciones cuantitativas y de la infraestructura en el ciclo vigilia - sueño (NMOR y MOR), con frecuencia expresados en un histograma.
Ciclo sueño-vigilia: se refiere a la relación del sueño y la vigilia en el curso de 1 día, de aproximadamente 24 horas.
Criterios diagnósticos: criterios específicos establecidos por la *Clasificación Internacional de Trastornos del Dormir,* que ayudan a determinar de manera inequívoca la presencia de trastorno de sueño particular.
Criterios de duración: criterios establecidos por la *Clasificación Internacional de Trastornos del Dormir,* para determinar la duración de un trastorno en particular como agudo, subagudo o crónico.
Continuidad de sueño: sueño que sigue una arquitectura de sueño normal, según la edad del individuo.
Despertar: estado de despierto definido polisomnográficamente en cualquier período de sueño, en etapa MOR y NMOR, caracterizado en el EEG por la presencia de actividad alfa y beta, incremento del tono muscular, movimientos oculares rápidos voluntarios y parpadeo.
Despertar final: tiempo en el que el individuo despierta por última vez durante la noche antes de levantarse
Despertar temprano: sinónimo de despertar prematuro o despertar antes de lo deseado, característico del insomnio terminal o final.
Diurno: Relacionado al día.
Despertar prematuro o temprano: finalización temprana de un episodio de sueño, acompañado por la incapacidad para volverse a dormir, con frecuencia al final de varios despertares. Refleja la interferencia al final más que al inicio del período de sueño. Este despertar es parte del trastorno del dormir en pacientes con depresión.
Diario de sueño: registro diario del patrón vigilia-sueño individual que contiene información como el tiempo de acostarse, levantarse, tiempo estimado de dormir, número y duración de interrupciones, calidad del dormir, siestas diurnas, uso de medicamentos o bebidas cafeinadas y la naturaleza de sus actividades diarias.
Eficiencia de sueño: proporción de sueño en tiempo potencialmente considerado para dormir (relación del tiempo total de sueño –TTS- con el tiempo total de registro –TTR-), y se calcula (TTS/TTR x 100).
Electroencefalograma (EEG): registro de la actividad eléctrica del cerebro por medio de electrodos colocados en la superficie del cuero cabelludo. Con el EMG y EOG, el EEG es una de las tres variables básicas utilizadas para la calificación de estadios de sueño y vigilia. Para el registro de sueño en humanos, se utilizan electrodos que registran la diferencia de potenciales entre el sitio subyacente y un punto de referencia neutra o simplemente entre diferentes áreas cerebrales. Las derivaciones recomendadas para el registro de la actividad EEG en un estudio de sueño convencional son: F4 o F3 (región frontal) C4 o C3 (región central), O2 o O1 (región occipital) referido a mastoides (M1 o M2). Y se expresan de la siguiente forma: F4-M1, C4-M1, O2-M1. Y se colocan electrodos de respaldo por si algún electrodo no funciona en F3-M2, C3-M2, O1-M2.

Electromiograma (EMG): registro de la actividad muscular; en el registro de sueño, es sinónimo de actividad muscular en reposo. La EMG de mentón, junto con el EEG y EOG, es una de las tres variables básicas utilizadas para calificar sueño y vigilia. En los registro de sueño en humanos, se colocan electrodos de superficie en músculos submentonianos; este sitio es preferido ya que refleja los máximos cambios relacionados con la actividad EMG de músculos axiales. Durante el sueño MOR, el registro en mentón está tónicamente inhibido. Se emplea, además, electromiograma de músculos de tibiales anteriores en ambas extremidades inferiores para detectar movimientos anormales durante el sueño.

Electrooculograma (EOG): registro de los cambios de voltaje que ocurren con los cambios de posición de globos oculares; debido a que el globo ocular es un dipolo, con polaridad positiva –anterior- y negativa –posterior-. Con el EEG y EMG, es una de las tres variables básicas para calificar sueño y vigilia. En el registro de sueño en humanos, se utilizan electrodos colocados cerca de los ojos para registrar el movimiento (incidencia, dirección y velocidad) de los ojos. Los movimientos oculares rápidos durante el sueño forman parte de las características del sueño MOR.

Estructura de sueño: este término hace referencia a la arquitectura del sueño. Engloba los distintos estadios de sueño y las relaciones entre el ciclo de sueño, la estructura del sueño y las distintas variables electroencefalográficas y fisiológicas.

Fragmentación del sueño: se refiere a la interrupción de cualquier estadio de sueño por la aparición de otro estadio o de vigilia; genera fragmentación de los ciclos NMOR-MOR; este término es frecuentemente utilizado para referirse a la interrupción del sueño MOR por microdespertares por movimientos o actividad de etapa N2. La fragmentación de sueño tiene la connotación de interrupciones repetitivas del sueño por alertamientos y despertares.

Higiene de sueño: condiciones y hábitos que promueven la continuidad y eficacia del sueño. Éstas incluyen regularidad en horarios para acostarse y levantarse, restricción en consumo de alcohol y bebidas cafeinadas; ejercicio, nutrición y factores ambientales (ruido, luz, temperatura); así como aquellos que promuevan el sueño.

Índice apnea-hipopnea: es el número de apneas (obstructivo, central o mixto) más hipopneas por hora de sueño, determinado en polisomnografía (toda la noche). Y se calcula de la siguiente manera: (# total de apneas más # total de hipopneas/TTS)x60.

Índice de alertamientos asociados a movimientos periódicos de extremidades: número de movimientos periódicos de piernas por hora de sueño asociado con despertares electroencefalográficos.

Inicio de sueño: la transición de la vigilia al sueño, normalmente a etapa N1, pero en ciertas condiciones, como en la infancia y narcolepsia, puede ser a período MOR. Para establecer el inicio de sueño, la mayoría acepta la reducción y desaparición de la actividad alfa, presencia de ondas agudas transitorias y movimiento ondulante de los ojos (etapa N1 de sueño NMOR); para otros, es necesaria la aparición de patrones de etapa N2.

Insomnio: dificultad para iniciar o mantener el sueño o despertar antes de lo deseado. Este término está empleado para indicar de manera ineludible cualquier y todas las gradaciones y tipos de pérdida de sueño.

Insomnio condicionado: insomnio secundario al desarrollo de despertares condicionados que se experimentan en la fase temprana del trastorno. Los estímulos condicionantes incluyen al ambiente rutinario o pensamientos forzados al momento de acostarse. El insomnio condicionado es uno de los componentes del insomnio psicofisiológico.

Insomnio de mantenimiento: dificultad para mantenerse o permanecer dormido después de haber conciliado el sueño.

Latencia a sueño: tiempo que tarda en quedarse dormido un individuo una vez que se apagan las luces. Y se calcula: a partir de que se "apagan las luces" hasta la primera época de cualquier estadio de sueño medido en minutos.
Latencia a sueño MOR: intervalo de tiempo desde el inicio del sueño al primer período de sueño MOR (también conocido como etapa R, de acuerdo a la reciente terminología usada para clasificar las etapas de sueño). Y se calcula: inicio a sueño hasta la primera época de la etapa MOR medido en minutos.
Movimiento periódico de extremidades (MPE): hiperextensión abrupta e involuntaria del primer dedo del pie y flexión parcial de la rodilla y cadera que ocurre durante el sueño. Los movimientos ocurren con una periodicidad de 20 a 60 segundos con un patrón estereotipado, duración mínima de 0.5 a 10 segundos, acompañado de un incremento en la amplitud del movimiento en la pierna mínimo de 8 microvoltios por arriba del voltaje electromiográfico en reposo. Los movimientos periódicos de piernas son característicos del síndrome de movimientos periódicos de extremidades. Característicamente fragmentan el sueño y son causa de somnolencia diurna y sueño no reparador.
Patrón de sueño: horario personal de acostarse y levantarse, así como de siestas;, el patrón de sueño también incluye tiempo y duración de las interrupciones del sueño y períodos de vigilia.
Polisomnografía (PSG): registro continuo y simultáneo de múltiples variables fisiológicas durante el sueño. Los parámetros recomendados que deben registrarse en una PSG son: EEG, electrooculogama, electromiograma de mentón y piernas, electrocardiograma, flujo respiratorio, esfuerzo respiratorio, saturación de oxígeno, posición corporal y dióxido de carbono.
Registro: producto final del proceso de registro polisomnográfico.
Siesta: episodio corto de sueño que puede ser intencionado o no intencionado durante el período mayor de vigilia habitual.
Síndrome de fase retrasada: condición que ocurre cuando el ciclo horario en el que el sueño ocurre normalmente se retrasa en tiempo dentro de un ciclo de vigilia-sueño de 24 horas. El mismo término denota al trastorno del ciclo circadiano llamado síndrome de fase retrasada.
Somnolencia: dificultad para mantenerse alerta durante la vigilia, de tal manera que las personas caen en sueño si no están activas. La somnolencia no es simplemente la sensación de cansancio físico; cuando ocurre en circunstancias inapropiadas, se considera somnolencia excesiva.
Somnolencia diurna excesiva (somnolencia, hipersomnia): dificultad subjetiva para mantenerse en estado de alerta, usualmente acompañado por una rápida progresión a sueño, cuando la persona está en quietud. Esto puede ser medido por escalas subjetivas de somnolencia u objetivamente con pruebas electrofisiológicas, como el Test de Latencias Múltiples a Sueño. La somnolencia excesiva ocurre comúnmente durante el día, pero puede estar presente en la noche en personas que tienen cambios en horario de trabajo y que su patrón de dormir es durante el día.
Sueño nocturno: sinónimo típicamente relacionado con el "sueño nocturno" que corresponde al período mayor del ciclo circadiano vigilia-sueño, es también conocido como tiempo convencional o habitual para dormir.
Sueño profundo: denominación de la combinación de la etapa de sueño N3. En algunos textos de sueño, el término sueño profundo es aplicado al sueño MOR, debido a que durante éste los individuos tienen un umbral alto para despertar a estímulos no significativos.
Tiempo de despierto: el tiempo total que ocurre entre el inicio del sueño y el despertar final; es calificado como vigilia en la polisomnografía.
Tiempo total de sueño (TTS): la cantidad de tiempo de sueño real durante el período de sueño o el episodio de sueño. Es igual al tiempo del período de sueño menos el tiempo de despierto, y a la suma de los distintos estadios de sueño restando el tiempo de vigilia.

Tiempo total de registro (TTR): la duración de tiempo desde el inicio del sueño hasta el despertar final. Incluye el tiempo de despierto después de iniciado el sueño. Se calcula a partir de que se "apaga la luz" hasta el momento que se "enciende la luz" en minutos.
Tono muscular: término utilizado para el potencial de músculo en reposo o actividad muscular basal.

7. Bibliografía

1. Bonnet MH, Arand DL. *Clinical features and diagnosis of insomnia.* UpToDate. Literature review current through: Jun 2012.This topic last updated: Jun 5, 2012.
2. Bonnet MH, Arand DL. *Overview of insomnia.* UpToDate. Literature review current through: Jun 2012. This topic last updated: Apr 23, 2012.
3. Bonnet MH, Arand DL. *Types of insomnia.* UpToDate. Literature review current through: Jun 2012. This topic last updated: Nov 21, 2011.
4. Fortier-Brochu E. Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Morin CM. *Insomnia and daytime cognitive performance: A meta-analysis.* Sleep Med Rev 2012;16:83-94.
5. *Guideline Development Group for the management of patients with insomnia in Primary Care;* Clinical Practice Guidelines for the Management of patients with insomnia in Primary Care; National Health System Quality Plan, Ministry of Health and Social Policy; Health technology Assessment Unit. Laín Entralgo Agency. Community of Madrid; 2009. Clinical Practice Guidelines in the NHS: UETS No. 2007/5-1.
6. Morgenthaler T, Alessi C, Friedman L, Owens J, Kapur V, Boehlecke B, et al. *Parameters for the Use of Actigraphy in the Assessment of Sleep and Sleep Disorders: An Update for 2007.* Sleep 2007;30(4):519-29.
7. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, et al. *Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report.* Sleep 2006;29(11):1415-9.
8. *NIH State of the Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults Statement.* J Clin Sleep Med 2005;1(4):412-21.
9. Schutte-Rodin S; Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. *Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults.* J Clin Sleep Med 2008;4(5); 487-504.

Otras obras consultadas

1. Bastien C, Vallières A, Morin CM. *Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research.* Sleep Med 2001;2(4):297-307.
2. Bouscoulet LT, Vázquez-García JC, Muiño A, Márquez M, López MV, de Oca MM, Talamo C, Valdivia G, Pertuze J, Menezes AM, Pérez-Padilla R; PLATINO Group. *Prevalence of sleep related symptoms in four Latin American cities.* J Clin Sleep Med 2008;4(6):579-85.
3. Buysse DJ, Reynolds CF III, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. *The Pittsburg Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research.* Psychiatry Res 1989;28:193-213.
4. Chiner E, Arriero JM, Signes-Costa J, Marco J, Fuentes I. *Validation of the Spanish version of the Epworth Sleepiness Scale in patients with a sleep apnea syndrome.* Arch Bronconeumol 1999;35(9):422-7.
5. Kessler RC, Berglund PA, Coulouvrat C, Fitzgerald T, Hajak G, Roth T, et al. *Insomnia, comorbidity, and risk of injury among insured Americans: results from the America Insomnia Survey.* Sleep 2012;35(6):825-34.
6. Kushida CA, Littner MR, Morgenthaler T, et al. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: An update for 2005. Sleep 2005;28(4):499-521.
7. Léger D, Morin CM, Uchiyama M, Hakimi Z, Cure S, Walsh JK. *Chronic insomnia, quality-of-life, and utility scores: comparison with good sleepers in a cross-sectional international survey.* Sleep Med 2012;13(1):43-51.

8. Shahly V, Berglund PA, Coulouvrat C, Fitzgerald T, Hajak G, Roth T, et al. The *associations of insomnia with costly workplace accidents and errors: results from the America Insomnia Survey*. Arch Gen Psychiatry 2012;69(10):1054-63.
9. Sivertsen B, Lallukka T, Salo P. *The economic burden of insomnia at the workplace. An opportunity and time for intervention?* Sleep 2011 Sep 1;34(9):1151-2.
10. Vgontzas AN, Liao D, Pejovic S, Calhoun S, Karataraki M, Basta M, et al. *Insomnia with short sleep duration and mortality: the Penn State cohort.* Sleep 2010;33(9):1159-64.

8. Agradecimientos

Se agradece a las autoridades del **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Instituto Nacional de rehabilitación, del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS y de la Facultad de Medicina, de la UNAM** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el **CENETEC** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y del Hospital Civil de Guadalajara, que participaron en la validación interna, su valiosa colaboración en los procesos realizados de esta guía.

9. Comité Académico

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud / CENETEC

M. en A. María Luisa González Rétiz	*Directora General*
Dr. José David Leonardo Hernández Santillán	*Director de Integración de GPC*
Dra. Selene Martínez Aldana	*Subdirectora de GPC*
Dra. Sandra Danahé Díaz Franco	*Departamento de Validación y Normatividad de GPC*
Dr. Jesús Ojino Sosa García	*Coordinador de guías de medicina interna*
Dr. Luis Agüero y Reyes	*Coordinador de guías de medicina interna*
Dr. Héctor González Jácome	*Coordinador de guías de medicina interna*
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	*Coordinadora de guías de gineco-obstetricia*
Dr. Arturo Ramírez Rivera	*Coordinador de guías de pediatría*
Dr. Eric Romero Arredondo	*Coordinador de guías de cirugía*
Dr. Joan Erick Gómez Miranda	*Coordinador de guías de cirugía*
Lic. Alonso Max Chagoya Álvarez	*Investigación Documental*
Dra. Ana María Corrales Estrada	*Apoyo a los centros desarrolladores institucionales*
Dra. Magda Luz Atrián Salazar	*Revisión Editorial*
Dr. Pedro Nieves Hernández	*Subdirector de Gestión de GPC*
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	*Departamento de Apoyo Científico para GPC*
Lic. Juan Ulises San Miguel Medina	*Departamento de Coordinación de Centros de Desarrollo de GPC*
Dra. Gilda Morales Peña	*Coordinación de avances sectoriales*

10. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador

Directorio sectorial

Secretaría de Salud
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social
Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos
Dr. Juan José Suárez Coppel
Director General

Secretaría de Marina Armada de México
Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Alberto Lifshitz Guinzber
Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio del centro desarrollador

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Dr. José Rogelio Pérez Padilla
Director General

Dr. Moisés E. Selman Lama
Director de Investigación

Dr. Jorge Salas Hernández
Director de Enseñanza

Dr. Edgar V. Mondragón Armijo
Director Médico

C.P. Ma. Edith S. Escudero Coria
Directora de Administración

Psic. Adriana Martuscelli Méndez
Directora de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional

Dr. Armando Castorena Maldonado
Jefe de la Clínica de Trastornos del Dormir,

11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci **Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud**	***Presidente***
Dr. Pablo Kuri Morales **Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**	***Titular***
Dr. Romeo Rodríguez Suárez **Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**	***Titular***
Mtro. David García Junco Machado **Comisionado Nacional de Protección Social en Salud**	***Titular***
Dr. Alfonso Petersen Farah **Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud**	***Titular***
Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg **Secretario Técnico del Consejo de Salubridad General**	***Titular***
Dr. Pedro Rizo Ríos **Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General**	***Titular***
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales **Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional**	***Titular***
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Urólogo Rafael Ángel Delgado Nieto **Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México**	***Titular***
Dr. Santiago Echevarría Zuno **Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social**	***Titular***
Dr. José Rafael Castillo Arriaga **Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**	***Titular***
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate **Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos**	***Titular***
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albafull **Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**	***Titular***
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera **Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**	
Dr. José Meljem Moctezuma **Comisionado Nacional de Arbitraje Médico**	***Titular***
Dr. Francisco Hernández Torres **Director General de Calidad y Educación en Salud**	***Titular***
Dr. Francisco Garrido Latorre **Director General de Evaluación del Desempeño**	***Titular***
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza **Director General de Información en Salud**	***Titular***
M en A María Luisa González Rétiz **Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud**	***Titular y Suplente del presidente del CNGPC***
Dr. Norberto Treviño García Manzo **Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas**	***Titular 2012-2013***
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos **Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Oaxaca**	***Titular 2012-2013***
Dr. Jesús Salvador Fragoso Bernal **Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala**	***Titular 2012-2013***
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz **Presidente de la Academia Nacional de Medicina**	***Titular***
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo **Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía**	***Titular***
Dra. Mercedes Juan López **Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud**	***Asesor Permanente***
Dra. Sara Cortés Bargalló **Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina**	***Asesor Permanente***
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso **Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales**	***Asesor Permanente***
Ing. Ernesto Dieck Assad **Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados**	***Asesor Permanente***
Dr. Sigfrido Rangel Frausto **Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud**	***Asesor Permanente***
Dra. Mercedes Macías Parra **Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría**	***Invitada***
Dr. Esteban Hernández San Román **Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC**	***Secretario Técnico***